へ

グループ番号:　　受講番号:　　受講者氏名:

認知症ケア高度化推進事業

ひもときシート

＜事例概要シート＞

タイトル:

Ⅰ. 事例の状況(300字程度)

Ⅱ. 事例提供者の属性

職　種	
資　格	
役　職	
経験年数	
性　別	☐ 男　☐ 女
年　齢	☐10代 ☐20代 ☐30代 ☐40代 ☐50代 ☐60代以上

Ⅲ. 提供者自身が感じている事例の課題

Ⅳ. 倫理的配慮

個人や団体が特定されないように配慮し、以下の者からの使用了解を得ている。

☐ 施設長 ☐ 施設長以外の管理職 ☐ 家族 ☐ 本人 ☐ その他(　　)

Ⅴ. 事例概要

年齢・性別		(　　歳) ☐ 男　☐ 女
学歴・職歴		
家族構成		
認知機能障害		
要介護度		☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 認定外
障害老人自立度		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知症老人自立度		☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M
ADLの状態	①食事の様子	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	②排泄の様子	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	③移動の様子	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	④着脱の様子	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	⑤入浴の様子	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	⑥整容の様子	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
認知症の診断名		☐ アルツハイマー型認知症　☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症　☐ 血管性認知症 ☐ その他(　　) ☐ 不明
現病・既往歴		【現病】 【既往歴】

服用薬	
コミュニケーション能力	
性格・気質	
生きがい・趣味	
生活歴	
人間関係	
本人の意向	
事例の発生場所	□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型病床 □デイサービス　□デイケア　□小規模多機能型居宅介護 □グループホーム　□一般病棟　□精神科病棟 □地域　□自宅　□その他(　　)

※ご記入にあたっては、以下の点についてご留意の上、表記していただくようお願いいたします。
①すべて「Aさん」に統一
②である調に統一
③年齢、職歴、地名、方言、本人や地域等が特定されないような配慮

（例）●「72歳」➔「70歳代前半」　●「寿司職人」➔「飲食店店員」　●「千代田区」➔「当地」「隣接地」「本県」

●「あかん」➔「だめだ」など